

問診票

くさまみなとクリニック

ふりがな		男	生年月日	大正 昭和 平成 令和
氏名		女		年 月 日 歳
住所	〒			
TEL (自宅)		TEL (携帯)	(代理:)	
身長	cm	体重	kg	平熱 °C

本日の受診理由に当てはまる内容に☑、また詳しい内容の記入をお願いします

専門外来の受診

糖尿病 甲状腺 血圧・脂質異常 いびき・無呼吸外来 禁煙

★当院へ転医希望の方→(前の病院名: _____)
(転院をされる理由: _____)

★現在飲んでいるお薬はありますか? はい いいえ

お薬手帳をお持ちの方は受付にお見せください

お薬手帳をお持ちでない方は、服薬している薬品名を記入してください

(薬品名 _____)

★採血結果・健診結果をお持ちの方は、受付に提出してください

健診異常での受診

糖代謝 血圧 甲状腺 脂質異常 心電図 その他(_____)

★持参された健診結果は受付に提出してください

★会社に提出する書類はありますか はい いいえ

その他の受診

健診・検診(名古屋市等) 抗体検査・ワクチン接種 診断書・書類の記入

小型船舶免許 AGA ED

その他の症状・受診理由のある方 いつから・どこが・どのように 具体的に記入してください

★薬の形状は 粉薬 錠剤 シロップ 希望です

①～⑤の質問にお答えください

①いままでに大きな病気・手術・ケガをされたことはありますか? いいえ はい

「はい」と答えた方 (いつ頃 _____ 病名 _____)

②食物アレルギー・薬物アレルギーが出たことはありますか? いいえ はい

「はい」と答えた方 (食品・薬物名 _____)

★注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹・冷や汗が出たり、ショックを起こしたことがある方

本人及び家族に喘息・アレルギー・蕁麻疹・ピリン疹がある方は必ず医師に申し出てください

③タバコは吸われますか? いいえ はい (1日 _____ 本くらい)

④お酒を飲めますか? いいえ はい (種類 _____ 1回量 _____ 週に _____ 日)

⑤女性の方へ 生理中 妊娠中 (_____ 週) 授乳中 (産後 _____ 週)

ご記入ありがとうございました